

## POSTTRAVMATİK DİYAFRAGMATİK HERNİYE SEKONDER GELİŞEN GASTROPLEVRAL FİSTÜL

### GASTROPLEURAL FISTULA AS A SECONDARY TO POSTTRAUMATIC DIAPHRAGMATIC HERNIA

**Gökhan YUNCU**<sup>1</sup>      **Şeyda ÖRS KAYA**<sup>1</sup>      **Ahmet ÜÇVET**<sup>2</sup>      **Serpil SEVİNÇ**<sup>1</sup>  
**Kenan Can CEYLAN**<sup>2</sup>      **İbrahim KOKULU**<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Gögüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Denizli

<sup>2</sup> Dr. Suat Seren Gögüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Hastanesi, 1. Gögüs Cerrahisi Kliniği, İzmir

<sup>3</sup> Atatürk Eğitim Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**Anahtar sözcükler:** Gastroplevral fistül, diyafragma hernisi

**Key words:** Gastropleural fistula, diaphragmatic hernia

#### ÖZET

Travmatik diyafragma hernisi tanısı gerek akut gerek kronik fazda, ayırıcı tanıda düşünülmediği sürece gözden kaçmaktadır. Toraksa nazif bir kesici-delici alet yaralanmasından 2 yıl sonra hidropnömotoraks nedeniyle kliniğimize kabul edilen olguda gastroplevral fistül saptanarak cerrahi onarımı başarıyla yapılmıştır.

Travmatik diyafragma hernisi sonrası gelişen gastroplevral fistül son derece nadirdir. Araştırmamıza göre daha önce travmatik diyafragma hernisini takiben ampiyem ve pnömotoraksla ortaya çıkan başka olgu bildirilmemiştir.

#### GİRİŞ

Travmatik diyafragma hernisi sonrası gelişen gastroplevral fistül son derece nadirdir ve gerek akut gerek kronik fazda, ayırıcı tanıda düşünülmediği sürece gözden kaçmaktadır. Toraksa nazif kesici-delici alet yaralanmasından 2 yıl sonra hidropnömotoraks nedeniyle kliniğimize kabul edilen olguda gastroplevral fistül saptanarak cerrahi onarımı başarıyla yapılmıştır.

#### SUMMARY

Traumatic diaphragmatic hernia diagnosis can not consider at the acute or chronic phase when in the distinctive diagnosis do not suggest. We report on a patient who applied to our clinic for hydropneumothorax 2 year after penetrating thoracic trauma, diagnosed as gastropleural fistula and surgical treatment was successfully done.

The presentation of a traumatic diaphragmatic hernia as a gastropleural fistula has been rarely reported. To our knowledge, empyema with pneumothorax secondary to gastropleural fistula following a traumatic diaphragmatic rupture has not been described previously.

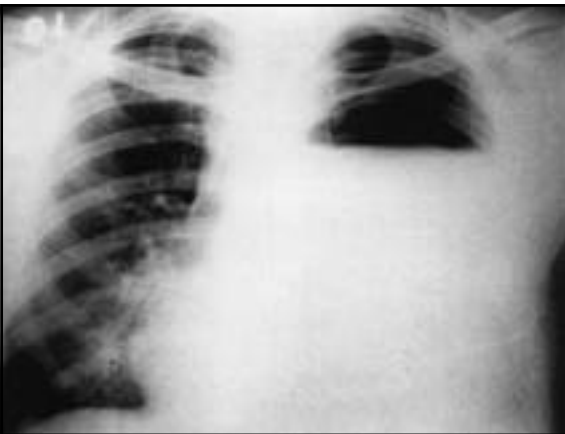
#### OLGU

Solda göğüs ağrısı, nefes darlığı, öksürük ve ateş yakınmalarıyla kliniğe yatırılan 37 yaşındaki erkek hasta iki yıl önce göğsünün sol tarafından kesici-delici alet yaralanması geçirdiğini ve herhangi bir girişim yapılmadığını ifade etmekteydi. Fizik muayenede sol 7. interkostal aralık ile orta aksiller hat kesişim yeri ile batın sol alt kadranda 2 cm.'lik iki adet eski kesi skarı saptandı.

Çekilen akciğer grafisinde sol kostafrenik sinüs küntlüğü dışında belirgin bir patoloji saptanmazken, toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT); Sol akciğer alt lobda plevral efüzyon, hava bronkogramları içeren konsolide alan ve bazal kesimde hava-sıvı seviyesi içeren kaviter lezyon izlendi. Nonspesifik antibiyotik tedavisi başlanan hastanın şikayetlerinde gerileme olmadı ve tedavinin 3. gününde aniden nefes darlığı arttı, genel durumu bozuldu. Çekilen akciğer grafisinde sol hemitoraksta hidropnömotoraks saptandı (Resim 1).

Yapılan torasentezde hava ve pürülan sıvı alınarak tüp torakostomi uygulandı ve kapalı sualtı drenajına bağlandı. Plevra sıvısı koyu yeşil renkte, bulanık, tortulu, pH: 7.0, Rivalta: (+++), glukoz: 192 mg/dl, protein: 0.5 g/dl, LDH: 4692 U/L, mikroskopik incelemede bol lökosit/mm<sup>3</sup> saptandı. Sitolojik incelemesi benignidi ve yapılan kültür antibiyogramda alfa hemolitik streptokok üredi.

Hastanın dikkat çekecek miktarda günlük drenajı (1000 cc/gün) pürülan olarak devam ederken içinde yiyecek artıkları bulunduğu görüldü. Hastada oral alım kesildi, İV beslenme başlandı ve ikili nonspesifik antibiyotik tedavisi verildi.



**Resim 1.** Tanı öncesi hidropnömotorakslı akciğer grafisi.



**Resim 2.** Mide duodenum grafisinde plevral boşluğa opak madde geçişi.

Mide-duodenum grafisinde; mide fundusundan diafragma üstünde plevral boşluğa opak madde geçişi izlendi (Resim 2). Özofagoastroskopide ise mide fundusunda 3 mm çapında fistül ağzı görüldü ve peptik ulkus bulgusu saptanmadı.

Bu bulgularla gastroplevral fistül düşünülen hasta Genel Cerrahi Kliniğine nakledildi. Yapılan laparotomide travmatik diyafragma hernisi ve mide fundusunda strangülasyona bağlı nekroz saptanan hastaya, mide fundus rezeksiyonu yapıldı ve 5x6 cm çapında ki diyafragma defekti "Gore-Tex" greft kullanılarak onarıldı. Postoperatif dönemde torakstan ampiyem vasfında sıvı drenajı devam etmesi nedeniyle kapalı sualtı drenajına devam edildi. Hastaya dekortikasyon amaçlı cerrahi girişim planlandı ancak operasyonu kabul etmeyen hasta açık drenaj ile tedavi edildi.

**TARTIŞMA**

Mide ile plevra arasında fistüller son derece nadirdir (1,2). Bir diyafragma rüptüründe her niye olan midenin strangülasyonu sonucu gelişen perforasyon bu son derece nadir patolojinin nedeni olabilir. Tedavi edilmeyen olgularda mortalite ve morbiditenin yüksek olması nedeniyle erken tanı ve tedavi önemlidir (3).

Gastroplevral fistül değişik şekillerde oluşabilir. Bunlar, travmatik diafragma hernisi veya hiatal herniden toraksa geçen midenin perforasyonu ile intraabdominal malign veya nonmalign nedenle organ perforasyonu ile oluşan absenin toraksa fistülize olmasıdır (4,5).

Diyafragma hernilerinin çoğu olgumuzda olduğu gibi solda oluşmaktadır. Bunun nedeni sol diyafragmanın sağa göre kısmen daha güçsüz olması ve sağda karaciğerin koruyucu etkisidir. Negatif intratorasik basınç abdominal organların toraksa herniasyonuna ve diyafragmatik defektin genişlemesine neden olmaktadır.

Olgumuzda başlangıç semptomları pyopnömotoraksla ilgili olduğundan drenaj sıvısının

da gıda artıkları görene kadar fistülden kuşulanmadık. Kesin tanı üst gastrointestinal endoskopi ve baryumlu grafi ile konuldu.

Travmatik diyafragma hernisi tanısı güçtür. Akciğer grafileri tanıda kuşulanmakta yarar sağlarken kesin tanı için yeterli değildir. Toraks BT tanıda yararlı olmasına rağmen olgu muzda yeterli olmamıştır. Künt diyafragma rüptürlerinde bir seride BT'nin tanısız değeri %76.5 olarak bulunmuştur (6). Spiral BT ve manyetik rezonans görüntüleme konvansiyonel BT'den daha yararlı olabilir.

Olgumuzda olduğu gibi, travmaya bağlı her niye olan mide zamanla strangülasyona uğrayarak perfore olabilir ve gastrik içerik plevral alanı kontamine ederek pnömotoraks ve ampiyem meydana getirebilir. Ampiyem ve pnömotoraksın birlikte bulunmasının, bronkoplevral fistül kadar, özellikle travma öyküsü olan bir hastada olası vissero-plevral kaçağın bir göstergesi olabileceği de unutulmamalıdır. İyi kalite kontrast görüntüleme çalışmaları ve titiz endoskopik işlemler tanının elde edilmesinde önemlidir (7).

Gastroplevral fistül sepsis nedeniyle fatal sonlanabileceğinden acil cerrahi girişim gereklidir.

**KAYNAKLAR**

1. Seelig MH, Klingler PJ, Schönleben K. Tension fecopneumothorax due to colonic perforation in a diaphragmatic hernia. *Chest* 1999; 115 (1): 288-91.
2. Montresor E, Bortolasi L, Modena S, Ragni E, Attino M, Mangiante G, Mainente M, Puchetti V. G. *Chir* 1997; 18 (5): 295-6.
3. Schwab RJ, Jarvic JG. Tension pneumothorax secondary to a gastropleural fistula in a traumatic diaphragmatic hernia. *Chest* 1991; 99(1): 247-9.
4. Rotsrein OD, Pruett TL, Simmons RL. Gastropleural fistula. Report of three cases and review of the literature. *Am J Surg* 1985; 150(3): 392-6.
5. Warburton CJ, Calverley PM. Gastropleural fistula due to gastric lymphoma presenting as tension pneumothorax and empyema. *Eur Respir J* 1997; 10 (7): 1678-9.
6. Athanassiadi K, Kalavrouziotis G, Athanassiou M, Vernikos P, Skrekas G, Poultsidi A, Bellenis I. Blunt diaphragmatic rupture. *Eur J Cardiothorac Surg* 1999;15(4): 469-74.
7. O'Keefe PA, Goldstraw P. Gastropleural fistula following pulmonary resection. *Thorax* 1993; 48 (12): 1278-9.

**Yazışma Adresi:**

Dr. Ahmet ÜÇVET  
Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Göğüs Cerrahi  
Kliniği, Yenişehir/İZMİR  
Tel: 0232 433 33 33/104 Faks: 0232 458 72 62  
E-posta: ahmetucvet@ttnet.net.tr